EXTRAIT DES *ARCHIVES MÉDICALES D'ANGERS*

Nouvelle Méthode opératoire

DU

PTOSIS

PAR

La suppléance du Muscle droit supérieur

PAR

LE DR E. MOTAIS

CHARGÉ DE COURS DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

LAURÉAT DE L'INSTITUT

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MÉDECIN OCULISTE DES CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

MÉDECIN OCULISTE DES LYCÉES ET ÉCOLES DU DÉPARTEMENT DE MAINE-ET-LOIRE

Communication à l'Académie de Médecine (séance du 8 novembre 1898) et à la Société de Chirurgie (séance du 9 novembre 1898)

ANGERS

GERMAIN & G. GRASSIN, IMPRIMEURS-LIBRAIRES

40, rue du Cornet et rue Saint-Laud

1899

DU MÊME AUTEUR

De l'Éducation physique des enfants (1879).

De l'Hygiène des organes des sens en général et de la vue en particulier (1880).

Notions générales sur le Strabisme. Traitement chirurgical du strabisme avec photographie d'opérés (1881).

Contribution à l'étude de l'anatomie comparée des muscles de l'œil et de la capsule de Ténon. (Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de La Rochelle.)

Recherches sur l'état de réfraction des yeux au Lycée de X., à l'École Normale et à l'École des Arts et Métiers d'Angers (1882).

Hygiène de la vue chez les typographes (1883). — Observations portant sur l'état des yeux de 120 typographes.

Le Dr Guépin, oculiste, philosophe, historien (1875).

Un cas remarquable d'Exophtalmos (1886). — Première description de l'*acromégalie*.

Observations de Cataractes congénitales et traumatiques (1886).

Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés. Déductions physiologiques et chirurgicales *(Strabisme)* (1887), avec 52 gravures originales. Ouvrage couronné par l'Institut (prix Montyon) et récompensé par l'Académie de Médecine (première mention honorable, prix Monbinne).

Les infiniments petits (1888).

Traitement chirurgical des cataractes compliquées (1889).

De l'Hérédité de la myopie (1889).

La Science et la femme (1890).

Instruction pratique pour l'ophtalmométrie (1891). Chapitre de l'ouvrage du Dr Javal sur l'*Ophtalmométrie*.

Premiers soins en cas de blessures ou d'accidents (1891).

De la Réfraction chez les animaux (1892).

Des Injections sous-conjonctivales de sublimé (1894).

Du Ptosis congénital (1897).

Éclairage artificiel (1897). *Comment doit-on s'éclairer dans les familles, collèges, bureaux, ateliers.*

L'Acétylène au point de vue de l'hygiène publique et privée (1898).

EXTRAIT DES *ARCHIVES MÉDICALES D'ANGERS*

Nouvelle Méthode opératoire

DU

PTOSIS

PAR

La suppléance du Muscle droit supérieur

PAR

LE Dr E. MOTAIS

CHARGÉ DE COURS DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
LAURÉAT DE L'INSTITUT
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
MÉDECIN OCULISTE DES CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT
MÉDECIN OCULISTE DES LYCÉES ET ÉCOLES DU DÉPARTEMENT
DE MAINE-ET-LOIRE

Communication à l'Académie de Médecine (séance du 8 novembre 1898)
et à la Société de Chirurgie (séance du 9 novembre 1898)

ANGERS
GERMAIN & G. GRASSIN, IMPRIMEURS-LIBRAIRES
40, rue du Cornet et rue Saint-Laud

1899

Nouvelle Méthode opératoire du Ptosis

Par la suppléance du muscle droit supérieur [1]

Le ptosis — congénital ou paralytique — constitue une difformité fâcheuse, non seulement par son aspect disgracieux, mais par l'obstacle qu'il apporte à la vision de l'un ou des deux yeux.

Dans le ptosis monolatéral complet, l'œil correspondant est presque entièrement exclu de la vision. Dans le ptosis double, le malade ne voit aisément qu'en bas. Pour regarder en face, il est obligé de rejeter fortement la tête en arrière ; le champ du regard en haut est à peu près nul.

Le traitement du ptosis s'impose donc à l'attention de l'ophtalmologiste.

Le traitement *médical* se réduit à peu de chose. Dans le ptosis *congénital* incomplet, l'action du releveur peut se développer sous l'influence de l'âge, aidé d'une médication tonique. Le ptosis *paralytique* est justiciable de la thérapeutique en usage dans toutes les paralysies. Il est certain toutefois que tous les ptosis congénitaux complets et qu'un grand nombre de ptosis congénitaux incomplets et de ptosis paralytiques restent stationnaires et nécessitent une intervention directe.

[1] Communication à l'Académie de Médecine (séance du 8 novembre) et à la Société de Chirurgie (séance du 9 novembre).

Les pinces à ptosis, les bandelettes collodionnées ne peuvent être conseillées qu'aux malades rebelles à toute opération.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le traitement chirurgical du ptosis comprend jusqu'ici deux méthodes :

1° *Méthode de raccourcissement* consistant en une résection de tout ou partie de l'épaisseur de la paupière (Galezowski, Gillet de Grandmont, Darier, etc.) et produisant le relèvement mécanique de la paupière.

Le principal avantage de cette méthode est sa grande simplicité d'exécution. L'ouverture palpébrale qu'elle donne peut être satisfaisante dans le regard de face. Mais son effet est purement mécanique et, dans les chutes complètes, le raccourcissement nécessaire peut être tel que l'œil se ferme difficilement et reste découvert pendant le sommeil. En outre, dans le regard en haut, l'immobilité de la paupière est choquante, surtout dans le ptosis unilatéral.

2° *Méthode de suppléance.* — La seconde méthode a été créée pour remédier à cette immobilité. On s'est efforcé de relier le muscle frontal à la paupière, soit par des trajets cicatriciels sous-cutanés, sortes de tendons artificiels (Dransart), soit par un lambeau palpébral porté directement en contact avec la couche musculaire du frontal (Panas).

Cette méthode serait assurément préférable à la première si ses résultats étaient aussi physiologiques que son but. Quelques opérés — les plus favorisés — dont le muscle frontal est bien développé, relèvent, il est vrai, leur paupière dans une certaine mesure, mais par un plissement anormal et disgracieux du front ; et, dans une très grande majorité des cas, l'effet de cette opération n'est réellement dû qu'au raccourcissement cicatriciel des trajets sous-cutanés ou à la traction du lambeau cutané reporté en haut. Le plus clair

du résultat est donc encore d'ordre mécanique et le desideratum physiologique que poursuivaient les partisans de cette ingénieuse méthode n'est que très imparfaitement atteint.

Est-il possible d'obtenir une restauration vraiment physiologique du mouvement de la paupière?

Je crois pouvoir répondre aujourd'hui affirmativement en proposant à l'Académie ma méthode de *suppléance par le muscle releveur du globe ou droit supérieur.*

Dès mes premières dissections attentives de l'appareil moteur de l'œil, en 1878, j'avais été frappé des connexions de toutes sortes des deux muscles élévateurs de la paupière et du globe.

Connexions anatomiques. — Tous partent de points très voisins du fond de l'orbite et suivent exactement le même trajet dans la cavité orbitaire. En avant, le large tendon de l'élévateur palpébral se moule sur le globe comme le tendon de l'élévateur de l'œil dont il n'est séparé que par l'épaisseur des conjonctives palpébrale et bulbaire.

Dans le trajet intra-orbitaire des deux muscles, le feuillet profond de l'aponévrose de Ténon s'étend de l'un à l'autre, les maintenant superposés. En avant, au niveau de l'entonnoir aponévrotique, les expansions latérales de l'aponévrose des deux muscles, que j'ai décrites sous le nom d'ailerons ligamenteux supérieurs, sont communes aux deux muscles élévateurs. Notons encore que les deux élévateurs sont innervés par le même nerf, nerf moteur oculaire commun, tandis que l'autre muscle palpébral, l'orbiculaire, est innervé par le facial.

Connexions physiologiques. — Les deux muscles suivant le même trajet, décrivant la même courbe, intimement unis par leurs aponévroses, sont encore solidaires lorsqu'ils entrent en action. Pendant la contraction musculaire, ils redressent leur courbure suivant la même ligne, en soustendant le même arc.

D'autre part, le muscle droit supérieur ne se contracte

jamais sans que le muscle élévateur de la paupière se contracte également pour dégager la pupille et permettre le regard en haut. La réciproque est également vraie dans la plupart des cas.

Donc, entre les muscles élévateurs du globe et de la paupière, communauté d'origine, de direction, d'enveloppes aponévrotiques ; même source d'innervation ; synergie physiologique.

De ce bref exposé, la conclusion s'impose : *Les deux élévateurs sont admirablement disposés pour se suppléer réciproquement.*

Théoriquement, ce n'est pas discutable. *Pratiquement*, la chose est-elle réalisable ?

Après de nombreuses tentatives sur le cadavre, avec le concours de mes excellents collègues et amis, les Drs Mâreau, professeur d'anatomie, et Boquel, chef des travaux anatomiques, j'adoptai la technique opératoire suivante :

INSTRUMENTS

Deux crochets aigus ; un large crochet à strabisme ; une pince à griffes ; une pince à griffes et à arrêts, à mors larges ; ciseaux courbes, demi-mousses, à strabisme ; ciseaux droits, demi-mousses ; un porte-aiguille ; un fil de catgut oo portant à chaque extrémité une aiguille courbe, fine ; deux fils de catgut portant, chacun, une aiguille courbe, fine.

OPÉRATION

Précautions antiseptiques d'usage ; cocaïniser à trois reprises et à deux minutes d'intervalle ; solution 5 o/o.

Le chloroforme n'est nécessaire que chez les enfants.

1er temps. *Disposition du champ opératoire.* — Renverser la paupière supérieure ; implanter un des crochets aigus au milieu du cartilage tarse pour attirer en haut la paupière

renversée ; fixer solidement l'autre crochet aigu dans la sclératique à 4 ou 5 millim. au-dessus de la cornée ; attirer fortement le globe en bas ; le cul-de-sac supérieur doit être bien déplié et mis à jour. Confier les deux crochets à un aide.

2e temps. *Dégagement du tendon du muscle droit supérieur.* — Saisir la conjonctive avec les pinces à griffes à 6 ou 7 millim. au-dessus de la cornée. Sectionner transversalement la conjonctive avec les ciseaux sur une largeur de 12 millim., plutôt plus que moins. Par la rétraction du lambeau, le bord supérieur de la plaie se trouve au milieu de l'insertion du tendon.

Du milieu de l'incision transversale faire partir une incision verticale allant jusqu'au bord supérieur du cartilage tarse[1]. Débrider ces deux lambeaux conjonctivaux de façon à bien mettre à nu toute la face antérieure du tendon du muscle droit supérieur ; les ciseaux doivent donc débrider par petits coups, non seulement le tissu cellulaire sous-conjonctival, mais la capsule prétendineuse.

Le tendon étant mis à nu, on le soulève sur le crochet-mousse comme dans la strabotomie[2]. On peut enlever le crochet aigu implanté dans la sclérotique, le crochet à strabisme suffisant à la fois pour attirer le globe en bas et soulever le tendon. L'aide abandonnera donc le crochet aigu de la sclérotique pour se charger du crochet à strabisme.

3e temps. *Dissection du lambeau tendineux.* — Le tendon étant soulevé et tendu par le crochet à strabisme, on saisit le milieu du tendon avec les pinces à griffes, à 3 ou 4 millim. de son insertion, comme dans le procédé de strabotomie de Critchett ; puis on sectionne avec les ciseaux courbes l'insertion tendineuse, devant les pinces, au ras de la sclérotique, sur une largeur de 3 millim. à 3 millim. 1/2. De chaque

[1] Par suite du renversement de la paupière, ce bord supérieur est placé en bas.

[2] Il est plus facile d'introduire le crochet par le bord externe du tendon dont l'insertion est plus rapprochée de la cornée.

extrémité de cette section transversale, faire partir une incision verticale avec les ciseaux droits, remontant à 10 millim. le long du tendon. On taille ainsi un lambeau tendineux médian de 3 millim. environ de largeur et de 10 millim. de longueur.

4e temps. *Greffe de la languette tendineuse.* — Saisir l'extrémité libre de ce lambeau dans les mors de la pince à griffes et à arrêts, *à mors larges,* pour mieux l'étaler. Traverser ce lambeau avec l'une des aiguilles courbes à 2 millim. environ de l'extrémité et à 1/2 millim. du bord. Même manœuvre sur l'autre bord avec la seconde aiguille courbe du même fil de catgut. La partie médiane de la languette se trouve ainsi comprise dans une anse de fil et tout dérâpement de la suture devient impossible. Retirer la pince à arrêt.

Donner un coup de ciseaux immédiatement au-dessus du cartilage tarse, à sa partie médiane, pour faire une boutonnière à travers la muqueuse et l'insertion du tendon du releveur de la paupière. Débrider par petits coups 5 à 6 millim. de la face supérieure ou palpébrale du cartilage tarse.

Reprendre successivement chacune des deux aiguilles courbes déjà passées dans la languette tendineuse. Introduire ces aiguilles dans la boutonnière sus-tarsienne ; traverser le cartilage de sa face palpébrale à sa face muqueuse, à 2 millim. du bord supérieur. Les aiguilles ressortent donc à la face muqueuse ; elles doivent être écartées d'environ 3 millim. entre elles.

On attire les fils ; la languette tendineuse suit et s'engage dans la boutonnière sus-tarsienne ; au besoin, on la pousse avec la pointe fermée des ciseaux. Les deux fils sont noués par un simple nœud chirurgical sur la muqueuse tarsienne et sectionnés au ras du nœud.

Pansement occlusif des deux yeux pendant huit jours.

Cette technique opératoire, qui paraît à la lecture assez compliquée, ne l'est guère plus, en réalité, que celle de l'avan-

cement tendineux. Elle a été sérieusement étudiée pour parer à tous les inconvenients possibles d'une greffe tarsienne du M droit supérieur.

A. Nous prenons le lambeau au milieu du tendon pour deux motifs. L'insertion du M droit supérieur étant oblique, l'excision d'une partie externe ou interne entraînerait une modification dans son action sur le globe. En outre, la languette se grefferait soit en dedans, soit en dehors du centre du cartilage tarse, relevant inégalement les parties interne ou externe de la paupière. Il est très important de tenir compte de ce détail et de bien fixer la languette au milieu du cartilage tarse.

B. Nous taillons un lambeau de 10 millimètres de longueur pour que ce néo-tendon, se mouvant très librement en tous sens et particulièrement dans le sens latéral, n'apporte aucune gêne aux mouvements latéraux du globe. Il est clair qu'en soudant de trop près la paupière au globe, on limitera les mouvements de celui-ci, en produisant, par suite, du strabisme. Sous ce rapport, le procédé de M. Parinaud, inspiré par notre méthode, ne nous paraît pas heureux.

Nous le répétons, cette opération ainsi pratiquée sur le cadavre n'offrait pas de grandes difficultés pour tout chirurgien familiarisé avec la strabotomie par avancement.

Restait à l'appliquer sur le vivant.

Ma première opérée fut un sujet très peu favorable. Ptosis congénital complet de l'œil droit. Épaississement de la paupière supérieure, fente palpébrale rétrécie, bourrelets chémosiques conjonctivaux du cul-de-sac supérieur par suite de kératites et de blépharo-conjonctivites chroniques.

Malgré ces conditions très mauvaises, le résultat opératoire fut, sinon complet, du moins très net. Je présentai l'opérée au Congrès de la Société française d'ophtalmologie (1897) et à la Société de chirurgie (séance du 5 mai 1897). Elle fut examinée avec soin. Il fut évident pour tous que, dans le regard en haut, le mouvement de char-

nière s'exécutait avec une perfection telle qu'il eût été impossible de soupçonner que ce mouvement vînt du droit supérieur. On sentait fort bien, avec le doigt appliqué sur la paupière supérieure, la corde du néo-tendon se déplaçant avec aisance dans les mouvements latéraux du globe. Aucun strabisme dans aucun sens.

J'ai pratiqué depuis trois nouvelles opérations dont les observations furent présentées au Congrès de la Société française d'ophtalmologie (1898) et à la Société de chirurgie (séance du 4 mai 1898). Mon travail a été l'objet d'un rapport de M. Delens à la Société de chirurgie.

Je donne ici le résumé de ces observations, renvoyant pour les détails au *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie.*

1° Jules R..., 12 ans. Ptosis incomplet, O C. Légère action du M releveur de la paupière (2 millimètres environ de relèvement). Opération décrite précédemment ; résultat excellent.

2° Mlle N..., 22 ans. Double ptosis complet. Le mouvement physiologique des paupières est parfaitement obtenu. Seulement, les fentes palpébrales sont encore un peu fermées. Le relèvement est insuffisant.

3° Fillette de 8 ans. Double ptosis complet. Paupières épaissies par blépharo-conjonctivite chronique. Craignant une insuffisance comme dans la seconde observation, je réséquai un petit lambeau palpébral de 3 mill. de hauteur au centre. Cette combinaison de deux méthodes donna un très bon résultat.

Toutes ces opérations avaient été pratiquées exactement suivant la description donnée ci-dessus.

Tout en arrivant à un résultat bien supérieur à toutes les autres méthodes, il me paraissait regrettable d'être probablement contraint de combiner la greffe à la résection dans tous les cas de ptosis complet. Je pensai qu'en traversant la

languette tendineuse plus haut et le cartilage tarse plus bas, on arriverait ainsi, en augmentant la tension du M droit supérieur sur la paupière, à un relèvement normal.

La malade que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie a été opérée par ce procédé. Il s'agit d'un ptosis complet de la paupière supérieure gauche. J'ai placé le fil à 5 mill. de l'extrémité du tendon, et la suture tarsienne à 4 mill. du bord supérieur du cartilage. Pour assurer à ma languette une indépendance suffisante, j'ai fait courir les incisions verticales jusque sur l'insertion de l'aileron, le plus haut possible.

J'ai tenu à vous présenter la malade elle-même ; vous pourrez constater directement l'égalité des deux fentes palpébrales et le mouvement absolument normal de la paupière opérée.

Tout en tenant compte des inconnues d'une opération nouvelle dans laquelle, comme dans tout strabisme, comme dans toute substitution musculaire, l'effet est difficile à graduer d'une manière absolue, je crois pouvoir cependant, dès maintenant, poser les conclusions suivantes :

1° La greffe tarsienne du M droit supérieur sera contre-indiquée, cela va de soi, lorsque la paralysie du M droit supérieur accompagnera celle du M releveur palpébral ;

2° Aucune autre contre-indication ne me paraît exister ;

3° La greffe tarsienne seule, modifiée, au besoin, comme je viens de l'indiquer, suffira dans la plupart des cas de ptosis complet et incomplet. Les paupières lourdes, épaissies par des blépharites chroniques, nécessiteront probablement la combinaison de la résection à la greffe tarsienne ;

4° Les résultats obtenus par la greffe tarsienne sont vraiment parfaits et rétablissent les conditions physiologiques normales des mouvements de la paupière.

Je crois pouvoir dire que la première idée comme la première réalisation de cette opération m'appartiennent. Le

Bulletin de la Société française d'ophtalmologie et le rapport de M. Delens, de la Société de Chirurgie, en font foi. J'ai tenu à honneur de prendre date également devant l'Académie.

Angers, imp. Germain et G. Grassin. — 729-99.